

TABLA 1 Comparación entre los tiempos de espera reales y los tiempos considerados como aceptables por la muestra

	Tiempo experimentado		Tiempo aceptable	
	Porcentaje	N.º	Porcentaje	N.º
0-15 días	12	11	25	47
Entre 15 días y 1 mes	5	5	31	58
Entre 1 y 3 meses	22	21	19	36
Entre 3 y 6 meses	22	21	4	8

View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

Total	100	94	100	188
-------	-----	----	-----	-----

de ayuda a acortar los tiempos de demora quirúrgica?, 132 pacientes respondieron afirmativamente (70,2%) y 56 pacientes (29,8%) respondieron negativamente (tabla 1).

En este estudio nos pareció valioso el tiempo de espera «ideal» expresado por casi el 56% de nuestra muestra, que opina que no debe ser mayor de 30 días. Si tomamos al 75% de la muestra, este período podría ser aceptable hasta los 90 días. Con esta afirmación no pretendemos «sobreconcluir», ya que la falta de estratificación de la muestra actúa como una limitación de esta afirmación. Destacan las respuestas obtenidas en relación con la percepción sobre de quién depende la responsabilidad de esta situación, que los usuarios identifican al estado, en sus diferentes formas, como el principal responsable de esta situación, aunque la mayoría ve posibles soluciones. No existen, hasta el momento, evidencias sobre los costes directos e indirectos vinculados con la demora prequirúrgica⁵. Una de las limitaciones de este estudio podría ser el tamaño de la muestra. El hecho de que el 51,1% de los pacientes hayan estado en algún momento en lista de espera ofrece un argumento de peso en cuanto a la percepción expresada en primera persona. La representatividad de la muestra puede ser un sesgo en relación con otras comunidades y respecto a la población rural. Debería indagarse más en este aspecto, porque 1 de cada 4 personas mayores de 65 años podría elegir otro seguro alternativo. Otro aspecto relacionado con el anterior, y con dimensión política, es la alta tasa de respuesta positiva al copago. Consideramos que estos datos obteni-

dos podrían empezar a arrojar luz de cara a la gestión y planificación de este aspecto de la salud pública.

Diego Alejandro Bernardini Zambrini^a, Ariel Bardach^b, Noel Barengo^c y Juan Florencio Macías Núñez^a

^aFacultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

^bAgencia de Evaluación

Universidad de Kuopio. Finlandia.

1. McCormick KM, McClement S, Naimark BJ. A qualitative analysis of the experience of uncertainty while awaiting coronary artery bypass surgery. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2005;15:10-22.
2. Sjoling RN, Agren RN, Olofsson N, Hellzen RN, Asplund RN. Waiting for surgery; living a life on hold—a continuous struggle against a faceless system. *Int J Nurs Stud.* 2005;42:539-47.
3. Lofvendahl S, Eckerlund I, Hansagi H, Malmqvist B, Resch S, Hanning M. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *Int J Qual Health Care.* 2005;17:133-40.
4. Cerda Tena E, De Pablos Escobar L, Rodríguez Uría MV. La gestión de las listas de espera en España. Disponible en: www.ief.es/INvestigacion/Recursos/Seminarios/Economia Publica/2003_20Febrero.pdf
5. Quan H, Lafreniere R, Jonson D. Health service cost for patients on the waiting list. *Can J Surg.* 2002;45:34-42.

Valoración de una consulta de atención inmediata de medicina interna

Sr. Director: Las unidades de diagnóstico rápido o consultas de orientación diagnóstica hospitalarias de medicina interna han demostrado tener en España su valor como unidades intermedias entre la atención pri-

Palabras clave: Coordinación hospitalaria. Atención primaria. Encuesta de satisfacción.


maria y la hospitalaria, ya que favorecen la comunicación y accesibilidad entre profesionales de ambos niveles, y permiten crear nuevas vías, accesibles, rápidas y resolutivas, para atender de forma ambulatoria a pacientes con sospecha de enfermedad grave, pacientes con enfermedades crónicas o ancianos en situación de fragilidad o «descompensación»¹⁻⁶.

Después de un año de actividad de una nue-

guntó a los médicos de familia del territorio la valoración que hacían de esta nueva consulta². Durante el segundo trimestre de 2007 se realizó una encuesta a todos los médicos de familia de los 13 centros de salud del Institut Català de la Salut del Área de Barcelona-Montaña, que corresponde al Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. La muestra a encuestar comprendió a 209 médicos de familia de 13 centros de salud. Un centro no contestó a la encuesta. De los 200 médicos de los 12 centros incluidos en el estudio, respondieron a la encuesta 98 (49%).

Destaca el altísimo conocimiento (98%) y valoración de necesidad (96%) de esta nueva consulta, y su amplia utilización (75%). El perfil más indicado fue el paciente en quien existe la sospecha de una enfermedad potencialmente grave (72 médicos, 73,5%). Entre los médicos que habían utilizado la CAI, la puntuación media fue de 7,7, y fue superior a 7 en un 80%. De las dos posibles vías de comunicación, telefónica o por correo electrónico, la mayoritaria fue la telefónica (n = 52; 70,3%); 62 (83,8%) médicos consideraron que la accesibilidad fue buena. La programación del paciente respondió a las expectativas de 67 médicos (90,5%). Los aspectos valorados más positivamente fueron la rapidez (34 médicos), la accesibilidad (25 médicos) y la resolución (20 médicos), y entre las áreas de mejora, la información posterior a la consulta (14 médicos).

Así pues, puede afirmarse que se trata de una consulta bien conocida y acogida por un grupo importante de los médicos de familia del área de influencia del hospital, y que ha dado una buena respuesta a sus necesidades, en especial en el ámbito del diagnóstico ambulatorio rápido de enfer-

brought to you by  **CORE**

provided by Elsevier - Publisher Connector

medades no clasificadas potencialmente graves.

**Antonio San José Laporte^a,
Iskra Ligüerre Casals^b, Alex Escosa
Farga^b y Miquel Vilardell Tarrés^a**

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^bServicio de Atención Primaria Barcelona-Montaña. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

1. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
2. San José A, Jiménez-Moreno X, Ligüerre I, Vélez MC, Vilardell M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. *Consulta de atención inmediata. Rev Clin Esp*. 2008;208:71-5.
3. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:247-50.
4. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz. La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:46-52.
5. Sanchís-Bayarri V, Rull S, Moral L, García E, Aparisi J, Escandón J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp*. 2003;203:133-5.
6. Zambrana JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:257-9.

Dificultades para el desarrollo de proyectos de investigación públicos en atención primaria

Fuentes de financiación recibidas: Fondo de Investigación Sanitaria/Fondos Europeos de Desarrollo Regional (PI N.º: 041320).

Sr. Director: En los últimos años se han publicado en la revista ATENCIÓN PRIMARIA numerosos artículos que señalan la escasa investigación realizada en atención primaria, así como las dificultades que conlleva¹⁻³. En un reciente «Editorial» de esta Revista se afirmaba que la atención primaria y el profesional sanitario deben realizar

ensayos de calidad y que ello repercute en la mejora de su actividad clínica³. Además de la medicina, otros grupos profesionales de atención primaria hablan de la necesidad de investigar^{4,5}.

En el año 2004, el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) evaluó favorablemente un proyecto de investigación en el que participaban 4 áreas de salud y una universidad. El proyecto recibió una parte de la financiación económica solicitada⁶.

El grupo investigador estaba formado por 26 profesionales: fisioterapeutas de atención primaria, de la universidad y especialistas en salud pública.

Se aplicaron diversas estrategias en la planificación del trabajo de campo:

1. Formación de los fisioterapeutas, para garantizar la homogeneidad de las intervenciones y evaluaciones.
2. Entrega de material necesario (cuadernos de recogida de datos, cuadernos de trabajo de campo, algómetros, etc.).
3. Comunicación por correo institucional y electrónico, así como reuniones para mejorar la captación y la organización. Seguimiento periódico de los pacientes captados y evaluados.
4. Motivación del grupo: entrega de certificados FIS. Material bibliográfico para los fisioterapeutas más implicados en el proyecto.

El principal problema en el desarrollo del trabajo de campo fue la captación de los pacientes (compatibilizar la captación con la consulta habitual según criterios de selección estrictos y la Oferta Pública de Empleo 2001 [OPE]; el proceso de formalización de las distintas plazas hizo que se detuviera más aún la captación).

Una de las premisas del FIS para seleccionar proyectos viables ha sido la estabilidad laboral. En este caso, se ha corroborado esta «necesidad». Sin embargo, esta premisa resulta incongruente si se trata de fomentar la investigación entre los profesionales sin una plaza en propiedad.

Palabras clave: Cervicalgia mecánica. Atención primaria. Terapia manual, TENS. Ensayo clínico aleatorizado.

La escasa financiación que reciben los proyectos que evalúan la efectividad de intervenciones no farmacológicas (educativas, fisioterapéuticas, entre otras), junto con la clara discriminación investigadora que sufren determinados colectivos de las ciencias de la salud, hace que resulte complejo llevar a cabo estudios multicéntricos que consigan un adecuado tamaño muestral.

No sólo se trata de diseñar estudios metodológicamente correctos, lo realmente complicado es ponerlos en marcha y finalizarlos con éxito. Para ello, apenas se cuenta con el esfuerzo de unos pocos profesionales entusiasmados por la investigación. El grado de implicación de los profesionales que deben generar la información es variable y está determinado por la creciente presión asistencial.

El hecho de que un ensayo pueda estar referido en una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane no ha sido suficiente estímulo para conseguir el tamaño muestral que nos habíamos planteado en un principio. Si la industria farmacéutica tiene problemas de captación utilizando como elemento motivador los incentivos económicos, qué no ocurrirá en los estudios que no disponen apenas de recursos.

Esta situación genera un vacío importante en una parcela del conocimiento esencial para la salud pública. Recientemente se publicaba el tipo de estudios desarrollados entre 1991 y 1999 en la revista *Fisioterapia*, y destacaba la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados⁵.

Se necesitan estudios más amplios con ayuda económica y participación de un mayor número de centros y fisioterapeutas que continúen la línea de evaluación de la efectividad de intervenciones en fisioterapia en atención primaria.

**Esperanza Escortell Mayor^a,
Gerardo Lebrero Pérez^b,
Beatriz Sánchez Sánchez^c
y Ángel Asúnsolo del Barco^d**

^aTécnico de Salud de Atención Primaria. Área 3. Alcalá de Henares. Madrid. España.

^bFisioterapia de Atención Primaria. Área 3. Profesor de la Escuela de Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

^cFisioterapia. Profesora de la Escuela de Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

^dProfesor de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Universidad de Alcalá. Madrid. España.